

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



“UM BEBÉ EM VIAGEM: ESTUDO DAS INTERACÇÕES MÃE-BEBÉ PREMATURO
EM CONTEXTO PRÉ E PÓS ALTA HOSPITALAR”

NOME DO AUTOR

Cátia Joana de Almeida Mota Mendes

Nº DE ALUNO

15367

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**“UM BEBÉ EM VIAGEM: ESTUDO DAS INTERACÇÕES MÃE-BEBÉ PREMATURO
EM CONTEXTO PRÉ E PÓS ALTA HOSPITALAR”**

Cátia Joana de Almeida Mota Mendes

Dissertação orientada por (Prof.^a Dra. Teresa Botelho)

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da Prof.^a Dra. Teresa Botelho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na Especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2^a série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Gostaríamos em primeiro lugar de agradecer à Orientadora desta Dissertação, Prof.^a Dra. Teresa Botelho, pela sua sabedoria notória nesta área, disponibilidade e capacidade de acreditar em esboços prematuros, dos quais nascem projectos que ajuda a concretizar.

Às mães e bebés deste trabalho, por se disponibilizarem para o mesmo, e por abrirem as portas dos seus mundos.

A ti, Bruno, por saberes definir uma relação harmoniosa, acreditares em quem te acompanha, e optimizares todos os momentos de uma relação.

Aos meus pais por me incentivarem a lutar e transparecerem felicidade em todas as minhas vitórias.

À Sónia por ser quem é, e com isso tornar uma amizade saudável e duradoura.

A todos os que acreditaram neste projecto, um grande *Bem-Hajam*.

Resumo

Pretende-se com o presente estudo verificar se existem mudanças na interacção mãe - bebé prematuro, entre a sua hospitalização na Unidade dos Cuidados Intermédios de Neonatologia, e após a sua alta, ao nível do seu sentimento de confiança, das suas intervenções verbais, do contacto pele-a-pele, e dos seus comportamentos. Os participantes foram quatro díades seleccionadas na Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa, com bebés de baixo peso e com idade gestacional entre as 28 e as 35 semanas. Este trabalho assenta numa metodologia qualitativa, utilizando como instrumentos a Entrevista Anamnésica, a Entrevista R e a observação das díades pelo método de Esther Bick, com a sua posterior análise de conteúdo. Do material analisado, verificou-se existirem mudanças nestas díades nos momentos pré-hospitalar, para os momentos pós-alta hospitalar, as quais aumentam os seus comportamentos de fala, intrusividade, e uma diminuição dos seus sentimentos de confiança e contacto pele-a-pele.

Palavras- Chave: Prematuridade, Neonatologia, Desenvolvimento, Interacção, Mãe.

The present study seeks to verify the existence of interactions changes between mother and preterm babies in the Intermediate Neonatal Unit Care, and after their hospital discharge, at a level of verbal interventions to the babies, mother intrusive behavior, skin to skin contact, and feeling of confidence. The present study is based on a qualitative methodology using as instruments, the Anamnesis Interview, Interview R, Dyads Observation by Esther Bick Method, and their subsequent content analysis. The participants were four dyads mother-preterm babies selected by Maternidade Alfredo da Costa in Lisbon, with gestacional age between 28 and 35 weeks. The results show us an increase at mother verbal interventions and intrusive behavior, as like as a decrease on skin to skin contact and sense of confidence, after the babies discharge.

Key- Words: Prematurity, Neonatology, Development, Interaction, Mother.

ÍNDICE	PAG.
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1. Reacção da mãe ao nascimento e adaptação a um filho prematuro.....	4
2. Nascimento prematuro e implicações psicológicas para a mãe....	6
3. Características, actividades e competências de interacção do bebé prematuro.....	8
4. Interação mãe -bebé prematuro.....	10
III. MÉTODO.....	15
1. Tipo de estudo.....	15
2. Participantes do estudo e sua proveniência.....	15
3. Procedimento	16
4. Instrumentos.....	17
IV. APRESENTAÇÃO DAS DÍADES.....	17
V. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	19
1. Díade A	20
2. Díade B	24
3. Díade C	26
4. Díade D	28

5. Análise Geral das Quatro Díades	31
VI. CONCLUSÕES.....	34
VII. REFERÊNCIAS	38
ANEXOS	43
ANEXO 1	44
ANEXO 2	47
ANEXO 3	58
ANEXO 4	62
Anexo 4.1.	63
Anexo 4.2.	66
Anexo 4.3.	69
Anexo 4.4.	72
ANEXO 5	76
Anexo 5.1.	77
Anexo 5.2.	88
Anexo 5.3.	100
Anexo 5.4.	111
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
Gráfico 1 – Sub-categorias quantificadas pré e pós-alta da Díade A	21
Gráfico 2 - Sub-categorias quantificadas pré e pós-alta da Díade B	24
Gráfico 3 - Sub-categorias quantificadas pré e pós-alta da Díade C	26
Gráfico 4 - Sub-categorias quantificadas pré e pós-alta da Díade D	29
Gráfico 5 - Sub-categorias quantificadas das quatro Díades	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela de caracterização das quatro Díades	17
Tabela 2 – Tabela de caracterização dos momentos de observação para cada díade.....	18
Tabela 3 – Tabela de classificação das observações pré-alta das quatro díades.....	19
Tabela 4 - Tabela de classificação das observações pós-alta das quatro díades.....	20

I. INTRODUÇÃO

A pertinência deste estudo, em que se procura avaliar as mudanças nas interações mãe-bebé prematuro pré e pós-alta do bebé, assenta na escassez de estudos a este nível, bem como apenas existirem estudos comparativos com bebés de termo. Para além destes factos, a experiência clínica fornece a impressão de que o stress da prematuridade, dá cor ao comportamento e atitudes da mãe para o ser prematuro ao longo dos anos (Caplan et al., 2000).

A existência de mudanças nas interações mãe-bebé prematuro ao longo do tempo já foram verificadas por Chavarel em 2000.

A nossa reflexão centra-se em quatro díades mãe-bebé, não pretendendo fazer generalizações.

Após a alta destes bebés, estas mães têm um sentimento de vitória, mas também um sentimento de insegurança, pois fora do ambiente hospitalar, necessitam de sozinhas cuidar do seu bebé (Navajas & Caniato, 2003).

Neste sentido, torna-se pertinente perceber se estas mães têm tendência a sentirem-se mais confiantes após a alta dos bebés.

A interação da díade mãe - bebé é fundamental na comunicação entre ambos e no decorrer do seu desenvolvimento global. Esta interação dá-se sobretudo, pelo olhar, pela fala, e pelo toque (Borsa, Feil & Paniágua, 2007)

Um sistema importante que serve para ligar mãe- bebé, é o interesse desta em tocá-lo (Scortegnaga et al., 2005), iniciando este contacto na incubadora, o que consequentemente comprometerá a interação, na medida em que, as mães nestas situações, possam ter medo de lhes pegar ou tocar, bem como ligarem-se a eles afectivamente (Campos, 2000). Para reforçar estas questões, Klein & Linhares

(2006) revelam que as mães dos prematuros tocavam menos os seus filhos durante os seus três primeiros anos.

Assim, será pertinente questionar se o contacto pele-a-pele aumenta em situação pós alta nestas díades.

A linguagem torna-se de extrema importância para o desenvolvimento do bebé, a qual se adquire na relação com o outro (Pinheiro, 2004). No entanto, as mães de bebés prematuros tendem a falar menos com eles (Chavarel, 2000).

Deste modo, torna-se pertinente questionar se após a alta dos bebés, as mães têm tendência a terem mais interacções verbais nestas díades, dirigidas ao bebé.

Para além do mais, comparativamente às mães dos bebés de termo, estas mães ao serem menos responsivas às necessidades do bebé, poderão promover perturbações no desenvolvimento do mesmo (Barros & Brandão, 2002), atribuindo-lhes menos competências, dando menos atenção às suas necessidades (Chavarel, 2000), o que poderá torná-las intrusivas ao inferirem necessidades dos seus bebés prematuros.

Será importante perceber então se, após a alta dos bebés, estas mães se tornam mais intrusivas com estes.

Assim sendo, sistematizando, e tal como os dados da pesquisa evidenciam, as manifestações corporais, visuais e faciais, são fundamentais para a interacção (Scortegnaga et al, 2005).

O momento da alta hospitalar coloca as mães no desafio de serem totalmente responsáveis pelo seu bebé, sem o apoio de técnicos. Será então pertinente

perceber que mudanças ocorrem nestas díades, quando se compara o contexto hospitalar, com a pós-alta do bebé.

O problema deste trabalho resulta então na seguinte expressão: “Será que existem mudanças nas interacções mãe-bebé prematuro, entre a sua hospitalização na Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia e após a sua alta hospitalar?”

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Reacção da Mãe ao nascimento e adaptação de um filho prematuro

Pensar em bebés prematuros internados, pressupõe pensar nas vicissitudes e em como a situação de prematuridade pode ser traumática para as mães e para o próprio bebé pela própria descontinuidade temporal introduzida pelo parto antecipado, parto este que interrompe o processo de construção do bebé imaginário e confronta os pais com um bebé real (Braga et al., 2004).

O puerpério já por si só, é um período propenso a crises, devido às mudanças físicas e psicológicas que o acompanham, entrando a mulher num período de uma sensibilidade acrescida, em que o objectivo é a capacitação da mulher de se preocupar com o seu bebé (Maldonado, 2002).

As mães confrontam-se com problemas únicos, resultantes do nascimento precoce da criança, e a sua estadia prolongada no hospital, entrando numa situação de crise, vendo ser violadas as suas expectativas de uma criança saudável. Esta crise irá estar associada a crises emocionais intensas, confusão, e perturbação, as quais estão necessariamente relacionadas com as significações destas mães sobre os perigos que ameaçam o seu bebé, e as suas próprias competências para confrontar a situação (Barros & Brandão, 2002). Vivem uma situação de perda, de falha, e ao tentarem enfrentar estas dolorosas sensações, procuram desesperadamente uma razão, deixando de perguntar, como é que isto lhes aconteceu, para perguntarem, porquê que isto lhes aconteceu.

A realidade neonatal com que estes pais se deparam, não só os separa, como os torna totalmente incompetentes face aos cuidados que este vulnerável ser necessita. De acordo com

Botelho (2003), é comum verificar-se emergência de uma ou mais das seguintes reacções emocionais: medos sobre a sua sobrevivência, e receio quanto a previsões para o futuro, culpabilidades relativas a comportamentos mantidos durante a gravidez, projecção da agressividade na equipa médica, por não terem sido capazes de ter elaborado um diagnóstico mais precoce, o qual pudesse ter evitado a situação de prematuridade, e sensações de incapacidade quando confrontados com a eficiência e profissionalismo da equipa de cuidados especiais.

A necessidade das mães se envolverem com os seus bebés, auxiliando-os no processo de recuperação, torna-se muitas vezes um factor complicado, pois estes diante do nascimento prematuro dos seus filhos, vêem-se roubados da euforia em que se encontravam, e mergulham num ambiente de agitação e de preocupação. Diante desta situação, sentem-se desorganizadas, desnorteadas, ansiosas e terrivelmente cansadas, sendo incapazes de compreender o que está a acontecer e de responder adequadamente (Brum & Shermann, 2004).

Existe nestas situações, uma discrepância entre os desejos da mãe e o bebé real, sendo necessário em primeiro lugar, a mãe fazer o luto do bebé idealizado, e adaptar-se ao bebé real, processo este que é de grande dificuldade, pois há a perda súbita do bebé idealizado, e o aparecimento igualmente do bebé temido, ameaçador, e que elicita sentimentos negativos (Pimentel, 1997), ficando assim o processo de luto adiado (Botelho, 2003). Terá então que haver uma reorganização desta relação com o bebé imaginário, cuja representação a mãe deixa de investir progressivamente, para investir agora no bebé real (Marques, 2003).

O mesmo autor refere que, no caso de um nascimento prematuro, estão criadas todas as condições para que este processo de luto do bebé idealizado seja complicado. Todas as capacidades de adaptação da mãe ficam diminuídas, no entanto este bebé precisa da sua mãe, o que implica um esforço imediato desta para enfrentar esta realidade, o qual pode estar comprometido, por variáveis naturais, como sendo, serem introvertidas, ansiosas, com menos auto-estima, ou depressivas (Pereira, 2003).

Klaus e Kennell (1992) referem que uma mãe de um bebé prematuro, deverá então reorganizar o seu quadro mental imaginário, para nele encaixar um bebé frágil, esquelético e débil. Uma vez que a mãe de um bebé prematuro tem dificuldades em, perceber, que este bebé se tornará num jovem normal, vigoroso e saudável, a sua adaptação á aparência do filho, está longe de ser fácil. Para os autores, cada mãe traz para esta experiência, um diferente conjunto de preocupações, problemas e histórias passadas.

Assim, o investimento no bebé real, não pode ser apressado, devendo dar-se tempo para que a mãe pense, sinta, e fale do seu desapontamento, sentimentos de falhanço e impotência.

A título de sumarização, podem ser enfatizados os estudos de Caplan, Mason e Kaplan (2000), de que a prematuridade pode estar associada a dificuldades emocionais, sendo a reacção das mães de extrema importância, na medida em que, e de acordo com Chavarel (2000), a reacção da mãe face a este bebé, poderá ter graves consequências na relação que se instaura, como também no seu desenvolvimento posterior.

2. Nascimento Prematuro e implicações Psicológicas para a Mãe

A relação da mãe com o seu filho tem início no período pré-natal, e dá-se basicamente através das expectativas que a mãe tem sobre o bebé e da interacção que estabelece com ele ao longo da gravidez (Piccini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004, cit. por Borsa, Feil & Paniágua, 2007). Durante este período pré-natal, de acordo com os autores, a relação mãe-bebé vai-se estabelecendo de forma intensa com expectativas e sentimentos sobre o bebé.

Assim sendo, visto o parto prematuro na maior parte das vezes ser um acontecimento inesperado, os pais de uma criança prematura, estão também num estágio de desenvolvimento prematuro, parecendo ser sobretudo as mães mais afectadas pelo nascimento de um filho prematuro (Seabra, 1993), podendo este causar stress e um efeito traumatizante nestas (Jotzo & Poets, 2005), o que comprometerá esta relação.

Assim, uma criança prematura não constitui para a mãe uma surpresa, mas uma desilusão, que se instala pela constelação do fracassar dos esforços empreendidos durante a gravidez, surgindo o medo, ansiedade, preocupação e insegurança, os quais se tornam exacerbados, influenciando toda a interacção que se irá estabelecer (Navajas & Caniato, 2003).

Botelho (2003) refere que após um período de nove meses de gestação fisiológica e psicológica, a maioria das mães está preparada para a tarefa que as aguarda, quando este período é abreviado, e as suas vivências cerceadas, como acontece no parto prematuro, sentem-se perdidas e incompletas, podendo deixar a mulher com um sentimento designado como “*gravidez amputada*”.

Para além deste facto, e de acordo com Brito (1999), ao primeiro olhar, o frágil e quase transparente bebé prematuro colocado numa caixa de vidro, com um respirador artificial, monitores de batimentos cardíacos e respiratórios, ligados por eléctrodos ao seu peito frágil e agulhas espetadas no braço, é totalmente o contrário do rechonchudo bebé do sonho imaginado, podendo, segundo Pereira (2003), esta experiência ser considerada horrível.

A criança prematura chega, rompendo com a criança maravilhosa fantasmática (Kreiser & Soulé, 1995), o que por si só é prejudicial ao estabelecimento de uma boa relação precoce, devido ao impacto negativo que tem nos pais (Campos, 2000), podendo mesmo, segundo Botelho (2003), a relação ficar empobrecida, sendo reflectida por um diálogo menos satisfatório entre mãe e feto.

Muitas das vezes, a rapidez do parto, ou a cesariana, dá pouco tempo à mãe para tomar consciência da realidade do nascimento do seu bebé, o que é agravado pela separação mãe-bebé no decorrer do internamento do bebé na Unidade de Cuidados Intensivos, ficando fragilizadas e inseguras quanto à vida do seu bebé, surgindo tristeza, frustração, angústia e culpabilidade (Mendes, 2003), bem como angústias antecipatórias, relativas ao medo de perder a criança (Vidigal, Pires & Matos, 2001).

3. Características, actividades e competências de interacção do bebé prematuro

As características dos bebés prematuros irão ter necessariamente influência na interacção com os quais se estabelece, e nas diversas investigações, são normalmente apresentadas sempre por comparação aos bebés de termo.

Devido à sua imaturidade e baixo peso, a sua aparência é bem diferente da dos bebés de termo. Parecem engelhados com uma pele vermelha ou pálida, magro, e de extrema fragilidade, torna as crianças prematuras menos atraentes aos olhos do adulto, podendo influenciar a percepção que os adultos irão ter, como também o seu comportamento (Scortegnaga et al, 2005).

A maior parte destes bebés passa o tempo num estado de sonolência, em que vão abrindo e fechando os olhos, com uma respiração irregular, e por vezes movimentos desordenados dos braços e pernas. Nos em que fica completamente acordado e alerta, a sua atenção visual aos estímulos é breve e não intensa (Brito, 1999).

Mais tarde, e de uma forma mais pormenorizada, Botelho e Leal (2001) afirmam que estes bebés têm ciclos de sono profundo, menos definidos e mais curtos, estando acordados pouco tempo, tempo esse que ocupam a chorar, ou se apresentam num estado queixoso, sendo a sua consolação um processo difícil para os pais.

Estas crianças, nascidas prematuramente, revelam maior irritabilidade, hipercinésia, e simultaneamente maior dependência (Botelho & Leal, 2001), podendo apresentarem-se emagrecidos, frágeis, indiferentes ou coléricos (Pereira, 1998), bem como hipoactivos (Field, 1980). Sendo igualmente, mais imprevisíveis, mais distraíveis (Pimentel, 1997), e

hiporesponsivos, pois são menos capazes de tratar informação proveniente do meio (Figueiredo, 2001).

Ao nível interaccional, as investigações revelam o poder que o bebé tem para promover e regular o comportamento da mãe. Daqui se realça que o bebé determina o rumo dos acontecimentos interactivos na díade, tendo sido Bell em 1968, o primeiro autor a propor que a qualidade da interacção mãe - bebé, também era determinada pelo bebé (Figueiredo, 2001). Estes bebés são considerados assim como parceiros activos na interacção com a mãe, podendo provocar e modificar comportamentos na díade (Scortegnaga et al., 2005).

Botelho e Leal (2001) dizem-nos que a imaturidade do recém-nascido prematuro tolera pouco a estimulação, apresentando consequentemente uma reduzida capacidade para estabelecer contacto. Por vezes, segundo Pimentel (1997), os sinais que estes pequenos bebés emitem, são pouco claros e distorcidos, não facilitando deste modo, o processo interaccional, pois são de difícil compreensão para os pais.

O choro destes bebés também tem influência na mãe, chorando menos, e tendo episódios de choro mais curtos, sendo considerados pelas mães como um choro aversivo, relativamente às características acústicas (Pimentel, 1997), sendo percebido como mais irritante, urgente, doentio e exigente, sendo visto como característica adversa da criança (Pereira, 2003).

É de domínio comum que o momento da alimentação, é dos momentos privilegiados da interacção mãe-bebé. Segundo Lourenço (2005), é o momento poético por excelência da vida de um ser humano, sendo esta uma visão estética, emocional e promotora de novas mudanças internas e externas, nos ritmos próprios entra a mãe e o bebé. As investigações revelam que na situação de mamada, os bebés prematuros, embora estivessem mais inquietos, eram menos activos, respondiam menos às iniciativas das mães, distraiam-se com mais facilidade, e exibiam uma conduta, a qual não era marcadamente regular, como a dos bebés de termo (Figueiredo, 2001).

No entanto, a capacidade de comunicação do bebé caracteriza-se pelo olhar e sorriso desde muito cedo, estando assim capaz de interagir com o meio (Braga et al., 2004). Os mesmos autores afirmam que o recém-nascido prematuro possui formas de linguagem não verbal, bem como, postulam este bebé como tendo capacidades e competências desde o nascimento.

5. Interacção Mãe-Bebé Prematuro

Podemos então pensar o parto prematuro, como uma descontinuidade temporal dupla para o bebé, pois ao mesmo tempo provoca uma descontinuidade temporal que dificulta a instauração de cuidados parentais que facilitem ao bebé a transição e adaptação à vida extra-uterina, assim como antecipa uma prontidão ao exigir do bebé que ultrapasse a sua fragilidade e imaturidade e se adapte às novas condições impostas pelo nascimento antecipado (Braga et al., 2004).

Para Bowlby (2002) é essencial para a saúde mental e desenvolvimento da personalidade do bebé a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe. Deste modo, as investigações acerca da interacção, são importantes segundo Figueiredo (2001), na medida em que, permitem o estudo da qualidade da interacção mãe -bebé, a qual vai ser determinante no desenvolvimento e bem-estar da criança, servindo igualmente para a identificação e intervenção, junto das díades em risco.

Com elevada consistência, a investigação empírica neste domínio, tem mostrado que as interacções que se estabelecem entre mãe -bebé prematuro, são menos conseguidas comparativamente às com bebés de termo, visto que, são fundamentalmente as dificuldades consequentes ao comportamento do bebé prematuro, que determinam os efeitos adversos da interacção mãe–bebé, constituindo a prematuridade um factor de risco para a interacção (Figueiredo, 2001).

A importância destas primeiras relações e do estabelecimento de padrões de interacção desde os primeiros dias de vida, tem sido sublinhado por diversos autores, nomeadamente a partir dos anos 70, em que houve um aumento de estudos sobre a reciprocidade e sobre a estrutura da interacção entre a mãe e o bebé (Brito, 1999).

Deste modo, é fácil percebermos que o nascimento de uma criança prematura provoca inevitavelmente uma ruptura destes padrões iniciais (Teixeira & Leal, 1995). Assim sendo, e de acordo com Kreisler e Soulé (1995), a relação mãe-bebé prematuro vai estabelecer-se sob condições difíceis, pois tal relação começa com uma criança psicologicamente imatura, podendo este facto influenciar a percepção que os adultos irão ter, como também o seu comportamento, como se os pais esperassem uma garantia ou pelo menos sinais consistentes por parte do bebé, de que podem investir afectivamente nesta relação, sem ameaças de perda (Braga et al., 2004).

Este período por si só, de contactos mãe-bebé, pode evocar grandes ansiedades, o que se agrava na situação de prematuridade. (Barbosa, 2003, cit. por Borsa, Feil & Paniágua, 2007), podendo o sentimento de confiança destas mães ficar assim comprometido, o que é enfatizado por um sentimento de culpabilidade de não lidar adequadamente com o seu bebé, podendo acentuar uma certa distância entre mãe – bebé (Chavarel, 2000).

Para Botelho e Leal (2001), a mãe de um recém-nascido prematuro, visto estar perante uma realidade de ter de ser mãe antes de ser preparada, confronta-se com uma situação verdadeiramente ameaçadora, iniciando o seu papel, submetida a condições hospitalares angustiantes, com poucas possibilidades reais para interagir com o seu filho, e com a agravante de que este último apresenta baixos limiares de tolerância ao contacto.

As interacções com um bebé prematuro serão então penosas para esta mãe, na medida em que, põem à prova a sua capacidade para se sincronizarem com uma criança menos ordenada e menos apta a reagir (Botelho & Leal, 2001), sendo esta interacção menos harmoniosa e sensível (Chavarel, 2000).

Existe igualmente um consenso na literatura, quanto às dificuldades no estabelecimento da relação mãe -filho, que surgem devido às vicissitudes inerentes à própria prematuridade, a qual tem um impacto negativo nos pais (Campos, 2000). Um dos exemplos que ilustra este facto, refere-se ao momento de alimentação, que segundo Brito (1999), está repleto de dificuldades, as quais são frequentes nestes bebés, estando relacionadas com uma difícil adaptação ao biberão ou ao peito, devido ao longo tempo de alimentação por sonda ou parentérica, podendo provocar nas mães um sentimento de inadequação ou rejeição, comprometendo a alimentação futura da criança.

Estudos como os de Justo (1997), revelam que, após a alta há um comportamento mais estimulante nestas díades, comparativamente às de bebés de termo. Denota-se deste modo, como de extrema importância, a condição emocional das mães para o estabelecimento da interacção (Barros & Brandão, 2002), e que se esta condição estiver associada a atitudes educacionais menos sensíveis, menos responsivas e adequadas, haverá riscos de agravamento de perturbações no desenvolvimento desta criança

Para além desta condição, alguns estudos citados por Barros (2001), revelam que as diferenças de reactividade e responsividade do recém-nascido prematuro, tem consequências inevitáveis na qualidade de interacção que se estabelece com os cuidadores, o que faz com que façam dele um parceiro diferente do bebé de termo saudável.

Apesar disto, encontra-se alguma literatura que relata casos de mães, que confessam consideráveis esforços que dispendem, para interagir com os seus bebés (Goldson, 1996), podendo contudo, as percepções distorcidas sobre os seus bebés, comprometer a qualidade das interacções e suas competências (Campos, 2000).

Estas díades mostram-se menos capazes de coordenar os seus comportamentos cíclicos de afecto e atenção, durante os episódios de interacção, demonstrando portanto menos sincronia, o que é explicado pela dificuldade dos bebés prematuros em organizar a informação proveniente do exterior (Pimentel, 1997).

A interacção da díade mãe -bebé é fundamental na comunicação entre ambos e no decorrer do seu desenvolvimento global. Esta interacção dá-se sobretudo, pelo olhar, pela fala, e pelo toque (Borsa, Feil & Paniágua, 2007).

Após a alta destes bebés, estas mães têm um sentimento de vitória, mas também um sentimento de insegurança, pois fora do ambiente hospitalar, necessitam de sozinhas cuidar do seu bebé (Navajas & Caniato, 2003). Perante este facto, questiona-se se as mães poderão sentir-se mais autoconfiantes no seu papel de mãe após os bebés terem alta.

Um sistema importante que serve para ligar mãe-bebé, é o interesse desta em tocá-lo (Scortegnaga et al., 2005), iniciando este contacto na incubadora, o que consequentemente comprometerá a interacção, na medida em que, as mães nestas situações, possam ter medo de lhes pegar ou tocar, bem como ligarem-se a eles afectivamente (Campos, 2000). Para reforçar estas questões, Klein & Linhares (2006) revelam que as mães dos prematuros tocavam menos os seus filhos durante os seus três primeiros anos. Estes dados, permitem ser questionado se após a alta dos bebés, este contacto pele-a-pele aumenta, visto, não estarem perante um ambiente comprometedor do mesmo.

A linguagem torna-se de extrema importância para o desenvolvimento do bebé, a qual se adquire na relação com o outro (Pinheiro, 2004). No entanto, as mães de bebés prematuros tendem a falar menos com eles (Chavarel, 2000), o que suscita a curiosidade de perguntar se após a alta dos mesmos, como serão as suas intervenções verbais.

Para além do mais, comparativamente às mães dos bebés de termo, estas mães ao serem menos responsivas às necessidades do bebé, poderão surgir perturbações no desenvolvimento do bebé (Barros & Brandão, 2002), atribuindo-lhes menos competências, dando menos atenção às suas necessidades (Chavarel, 2000), o que poderá torná-las intrusivas ao inferirem necessidades dos seus bebés prematuros.

Como se pode constatar, há várias questões pertinentes nesta área. Algumas delas resultam da revisão de alguns estudos realizados, os quais nos levam a reflectir sobre a necessidade de interagir com estes bebés de forma qualitativa.

Com o presente enquadramento teórico, propomo-nos então verificar se existem mudanças nas interacções mãe - bebé prematuro, entre a sua hospitalização no Serviço de Cuidados Intermédios de Neonatologia, e a sua alta hospitalar? Será que estas mães têm tendência a sentirem-se mais confiantes após alta dos bebés? Poderá também questionar-se se após a alta dos bebés, existe um aumento de contacto pele-a-pele entre mãe -bebé? Igualmente se torna pertinente perguntar se após a alta dos bebés, as mães aumentam as suas intervenções verbais dirigidas ao bebé. E será que após a alta hospitalar dos bebés, as suas mães se tornam mais intrusivas com estes?

III. MÉTODO

1. Tipo de Estudo

O método de estudo escolhido para a recolha do material, foi o de estudos de casos. Este método surgiu como o mais adequado para a compreensão dos casos, visto que permite uma visão em profundidade da problemática em questão, valorizando igualmente os momentos de comunicação não verbal, que possam surgir, não esquecendo que estas situações são experienciadas de forma diferente pelos sujeitos.

Nesta metodologia, um dos principais objectivos é posto no aspecto único de cada sujeito, fornecendo assim material de grande riqueza, compreendendo cada caso, não pretendendo encontrar regra ou generalizar (Carrol & Jonhson, 1990), permitindo uma maior valorização ao factor subjectivo da relação (Vidigal, Pires & Matos, 2001).

2. Participantes do Estudo e sua Proveniência

Tratam-se de quatro díades mães-bebés prematuros entre as 28 e as 35 semanas de gestação de baixo peso, sendo dois bebés do sexo masculino e dois do feminino. Todos estes bebés haviam estado hospitalizados na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa, estando no momento da recolha de dados na Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia. As mães têm idades entre os 25 e os 30 anos.

3. Procedimento

Seleção das díades pelo Serviço de Psicologia da Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa, o qual abordou as mães e apresentou a observadora.

Comunicação do objectivo de estudo, por meio de um consentimento informado por escrito, pedindo a sua autorização para a sua participação, sendo esta questão abordada numa primeira entrevista semi-estruturada com as mesmas.

Realização do estudo, sustentado em quatro momentos:

- Um primeiro, de uma entrevista semi-estruturada recolha de alguns dados relativos a estas mães (Anexo 1).
- Um segundo, em que decorreram as observações das díades mãe-bebé prematuro na UCI.
- Um terceiro, em que decorreram as observações pós-alta das mesmas díades, tendo sido dada uma semana de intervalo para a adaptação das mães às novas rotinas.
- Por último a aplicação da Entrevista-R, já no domicílio (anexo 2)

Posteriormente, fez-se o tratamento dos dados, o qual incluiu o registo das observações da interacção das díades, a classificação das mesmas com base na grelha de análise de conteúdo

(anexo 3), por cada caso (anexo 5), a sua quantificação (anexo 4), elaborando gráficos com as diferenças mais salientes e pertinentes para o objectivo de estudo, e sua respectiva análise e discussão.

Numa fase seguinte, elaborou-se as conclusões do estudo.

4. Instrumentos

Os instrumentos considerados adequados para a elaboração deste trabalho foram, uma primeira Entrevista Anamnésica para a recolha de alguns dados relativos a estas mães (Anexo 1), a Entrevista-R (Anexo 2), e a observação das díades (baseada no método de Esther Bick), com a sua posterior análise de conteúdo (Tabela de Análise de Conteúdo – Anexo 3).

IV. APRESENTAÇÃO DAS DÍADES

As quatro díades foram caracterizadas relativamente ao dia de nascimento, peso, à idade gestacional, às idades e profissões dos pais, e ao tipo de parto apresentando-se os dados na seguinte tabela:

Tabela de caracterização das quatro díades – Tabela 1

	DÍADE A	DÍADE B	DÍADE C	DÍADE D
DATA NASCIMENTO	03/05/2005	27/05/2005	15/05/2005	09/04/2005
PESO	2020 g	1700 g	1750 g	1090 g
IDADE GESTACIONAL	33 semanas	35 semanas	33 semanas	28 semanas
TIPO DE PARTO	Eutócito	Eutócito	Cesariana	Eutócito
IDADE E PROFISSÃO DA MÃE	29 anos e Auxiliar de Acção Médica	30 anos e Recuperadora de Créditos	30 anos e Empregada de Escritório	25 anos e Empregada de Supermercado
IDADE E PROFISSÃO DO PAI	29 anos e Mecânico	32 anos e Contabilista	28 anos e Contabilista	25 anos e Empregado de Escritório

Tabela 1

Paralelamente, os momentos de observação para as quatro díades foram igualmente caracterizados quanto ao dia da observação, local, e à idade real de cada bebé. Apresentam-se então os dados na seguinte tabela:

Tabela de caracterização dos momentos de observação para cada díade – Tabela 2

			DÍADE A	DÍADE B	DÍADE C	DÍADE D
MOMENTOS DE OBSERVAÇÃO	1ª	DIA	10/05/2005	03/06/2005	21/05/2005	20/04/2005
		LOCAL	MAC	MAC	MAC	MAC
		IR	8 dias	8 dias	6 dias	13 dias
	2ª	DIA	18/05/2005	15/06/2005	30/05/2005	28/04/2005
		LOCAL	MAC	MAC	MAC	MAC
		IR	17 dias	20 dias	15 dias	21 dias
	3ª	DIA	25/05/2005	24/06/2005	07/06/2005	10/05/2005
		LOCAL	Domicílio	Domicílio	Domicílio	Domicílio
		IR	23 dias	29 dias	23 dias	1 mês e 3 dias
	4ª	DIA	01/06/2005	01/07/2005	16/06/2005	18/05/2005
		LOCAL	Domicílio	Domicílio	Domicílio	Domicílio
		IR	1 mês	1 mês e 6 dias	1 mês e 2 dias	1 mês e 15 dias
	5ª	DIA	09/06/2005	09/07/2005	25/06/2005	26/05/2005
		LOCAL	Domicílio	Domicílio	Domicílio	Domicílio
		IR	1 mês e 8 dias	1 mês e meio	1 mês e 11 dias	1 mês e 3 semanas


 Momento da alta hospitalar dos bebés

Tabela 2

V. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a classificação e quantificação das observações para cada díade, apresentam-se os seguintes dados sistematizados para a leitura da análise dos resultados. Deste modo, apresentam-se duas tabelas para os resultados obtidos nos momentos de observação pré-alta das interações entre mães e os seus bebés, e para os resultados obtidos nos momentos pós-alta das mesmas, tendo na coluna 1 as sub-categorias que foram quantificadas, com base na grelha de análise de conteúdo (anexo 3), e nas colunas 2, 3, 4 e 5, as respectivas díades.

Tabela de classificação das observações das 4 díades pré-alta dos bebés- Tabela 3

Coluna1	Coluna2	Coluna3	Coluna4	Coluna5
	DÍADE A	DÍADE B	DÍADE C	DÍADE D
Directivas	1	3	4	4
Críticas	1	3	1	3
Elogios	2	10	4	
Comentários	5	7	5	8
Afecto	7	10	11	2
Intrusivos	1	3	2	1
Tácteis	2	1		2
Verbais	1	1	4	1
Movimentos	9	6	5	11
Olhar	8	3	8	11
Vigília/Sono	6	4	13	3
Sugar/Mamar			3	5
Olhar mútuo	2	4	1	3
Contacto pele-a-pele	7	3	4	1
Situações Pré- alta				

Tabela de classificação das observações das 4 díades pós- alta dos bebés- Tabela 4

Coluna1	Coluna2	Coluna3	Coluna4	Coluna5
	Francisco	Pedro	Carlota	Sofia
Directivas	4	5	7	6
Críticas	8	11	2	13
Elogios	2	2	9	2
Comentários	7	12	10	12
Afecto	17	10	13	11
Intrusivos	3	8	2	5
Tácteis	1	13	1	
Verbais	4	3	2	
Movimentos	13	7	10	5
Olhar	1	4	1	2
Vigília/Sono	24	24	25	19
Sugar/Mamar	12	5	17	9
Olhar mútuo	2	2	3	2
Contacto pele-a-pele	2	2	6	1
Situações Pós-alta				

Tabela 4

Posteriormente, analisou-se cada díade com base nas tabelas apresentadas.

1. DÍADE A

O seguinte gráfico apresenta as sub-categorias quantificadas para a díade A nos momentos pré e pós-alta hospitalar do respectivo bebé (Gráfico 1).

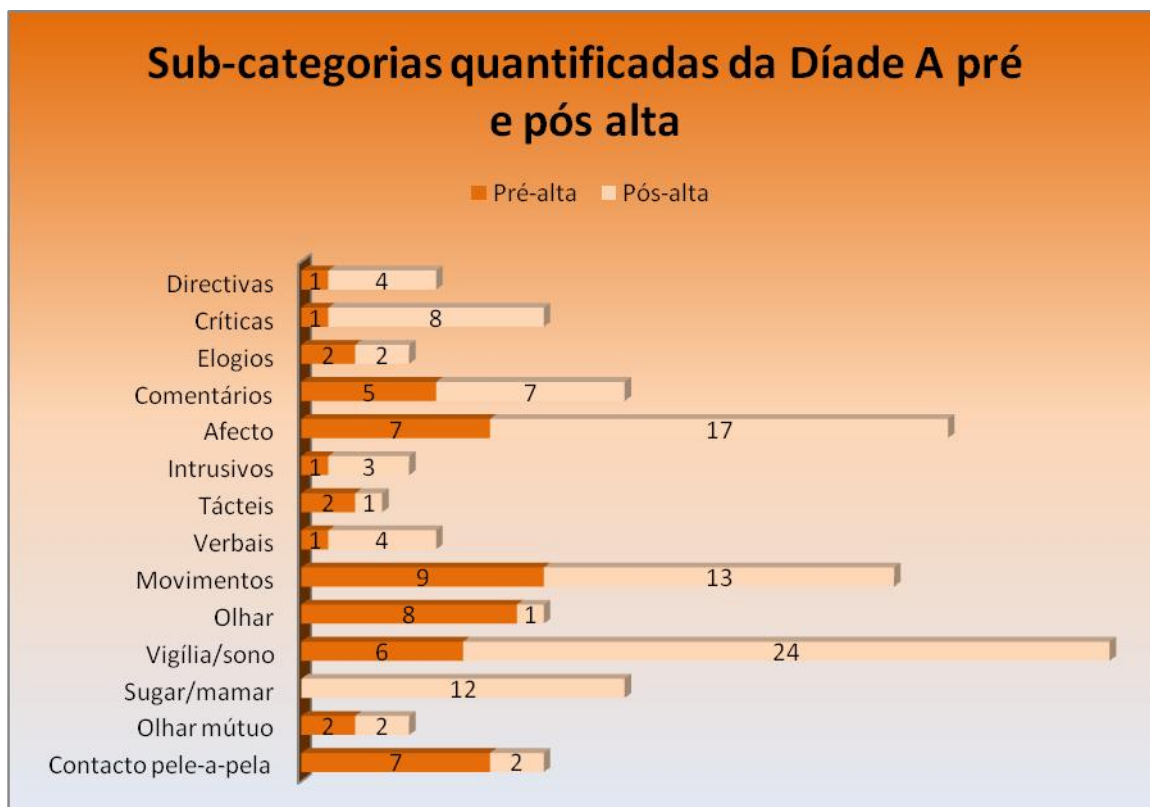


Gráfico 1

Pela análise do *gráfico 1*, verifica-se que as intervenções verbais dirigidas a Francisco aumentam, no entanto, ao analisarmos especificamente as sub-categorias, apenas os elogios se mantêm. Falamos então de um aumento das directivas, críticas e comentários, justificando assim este aumento. Tendo em conta o conteúdo das mesmas, podemos verificar que esta mãe se encontra num registo ambivalente, ou seja, por um lado denota querer manter uma relação exclusiva com Francisco, o que é próprio nos casos de prematuridade, visto a gravidez não estar completa, como nos diz Botelho (2003). Por outro, um desejo de se separar deste bebé, o que pode ser ilustrado pelos tipos de directivas, críticas e comentários em situação pós-alta, como “*Quero ouvir um arrotinho à Homem*” (4^a observação); “*Tu é que tens que trabalhar*” (4^a observação); “*Já estou muito gande*” (5^a observação), e, “*...veja lá que eu noto que o Francisco está com soluços, e até parece um adulto, porque sustém a respiração, como que para pará-los.*” (4^a observação).

De uma maneira geral, há um aumento da fala dirigida a este bebé, o que corrobora o estudo de Chavarel (2000), o qual afirma que as mães de bebés prematuros tendem a falar menos com os seus bebés.

Ao ser analisado o *gráfico 1* acima, verifica-se igualmente um aumento dos comportamentos de afecto e comportamentos intrusivos, o que pode sugerir, como nos diz Chavarel (2000), que as mães dos prematuros dão pouca atenção às necessidades dos seus filhos. Isto é ilustrado com “...*Francisco adormece e Sílvia tenta-lhe colocar o biberão novamente...*” (3^a observação). Estes dados permitem-nos questionar que esta mãe tem a sua capacidade de resposta às necessidades do seu bebé comprometida, podendo mesmo decidir quais são estas necessidades, como, “...*pegou em Francisco que dormia, e acompanha a observadora à porta*” (5^a observação). Isto revela que a necessidade deste bebé não é tida em conta, e o desejo de se separar dele é mínimo nesta situação.

Este ponto de análise, talvez o mais significativo para o objectivo do presente estudo, deve incluir olhar do bebé, o toque, bem como o afecto da mãe dirigido ao bebé. Verifica-se uma diminuição significativa do olhar do bebé, no entanto, surge o toque da sua parte, o que nos permite afirmar a possibilidade de que este bebé estava predisposto a interagir com a sua mãe, procurando o contacto através do olhar, no entanto, o decréscimo do mesmo, pode revelar um desistir desse esboço de procura. Mas mesmo assim, este bebé tenta promover este contacto com o toque “...*com uma mão no biberão e outra agarrada ao dedo da mãe...*” (3^a observação). Estes dados não vão assim ao encontro do que nos dizem Botelho e Leal (2001), de que estes bebés têm uma reduzida capacidade de estabelecer contacto.

A informação que os dados do *gráfico 1* acima nos fornecem, é que o olhar mútuo na díade mantém-se, e o contacto pele-a-pele diminui, corroborando os estudos de Klein & Linhares (2006), o qual revela que as mães dos prematuros tocavam menos os seus filhos durante os seus três primeiros anos, o que sugere que o bebé tivesse desistido de procurar interagir com a mãe, não se sentindo correspondido.

Assim se verifica que há uma diminuição de interacção nesta díade, o que não corrobora o estudo de Pereira (2003) que diz que os primeiros contactos mãe-bebé são menores devido à situação da criança prematura, tendendo o quadro a diminuir, aumentando assim os episódios de interacção, tal como o estudo de Chavarel (2000), que afirma que após a alta, tendem a interagir cada vez mais.

Pela análise da *Entrevista R*, verifica-se que esta mãe teve dificuldade em descrever a criança, o que anunciaria uma separação com o bebé, começando por descrevê-lo em relação a características funcionais “*Não teve dificuldade em se adaptar ao peito*” (3ª observação), e apenas com ajuda da observadora, o descreve como bonito e meiguinho.

Ao nível dos traços pessoais, descreve-o entre o ser agressivo e pacífico, estando também situado entre ser uma criança difícil e fácil, tendo hesitado algum tempo nesta questão. Outros traços, não foi capaz de descrever. Os acontecimentos que descreve relativamente à criança, prendem-se com factos ocorridos na MAC, e outro após a alta do bebé, em que emergem alguns conteúdos agressivos “*Foi reanimado 5 vezes*” (*Entrevista Anamnésica*), “*Deve ter sofrido coitadinho*” (1ª observação), e “*...desidratou*” (1ª observação). Isto acontece igualmente, quando descreve os acontecimentos que a envolvem, referindo o momento do parto de forma angustiante, bem como, não ultrapassada “*Quando me cortaram foi horrível*” (*Entrevista Anamnésica*), bem como quando descreve o pai “*Viu o filho a ser reanimado*” (*Entrevista Anamnésica*). Estes conteúdos agressivos constantes por parte desta mãe, levam-nos a colocar a hipótese de estarem relacionadas com a sua actividade profissional, de auxiliar de acção médica.

Esta mãe descreve-se tendo em conta as suas actividades funcionais, como “*alimento-o às horas*”, revelando uma falta de confiança nos outros, e assim mantendo ainda uma relação exclusiva com Francisco. Revela-se pouco confiante ao nível dos seus traços pessoais, considerando-se controladora, reforçando deste modo os comportamentos intrusivos e as directivas dirigidas ao bebé, considerando o seu papel de mãe difícil.

2. DÍADE B

O seguinte gráfico apresenta as sub-categorias quantificadas para a díade B nos momentos pré e pós-alta hospitalar do respectivo bebé (Gráfico 2).

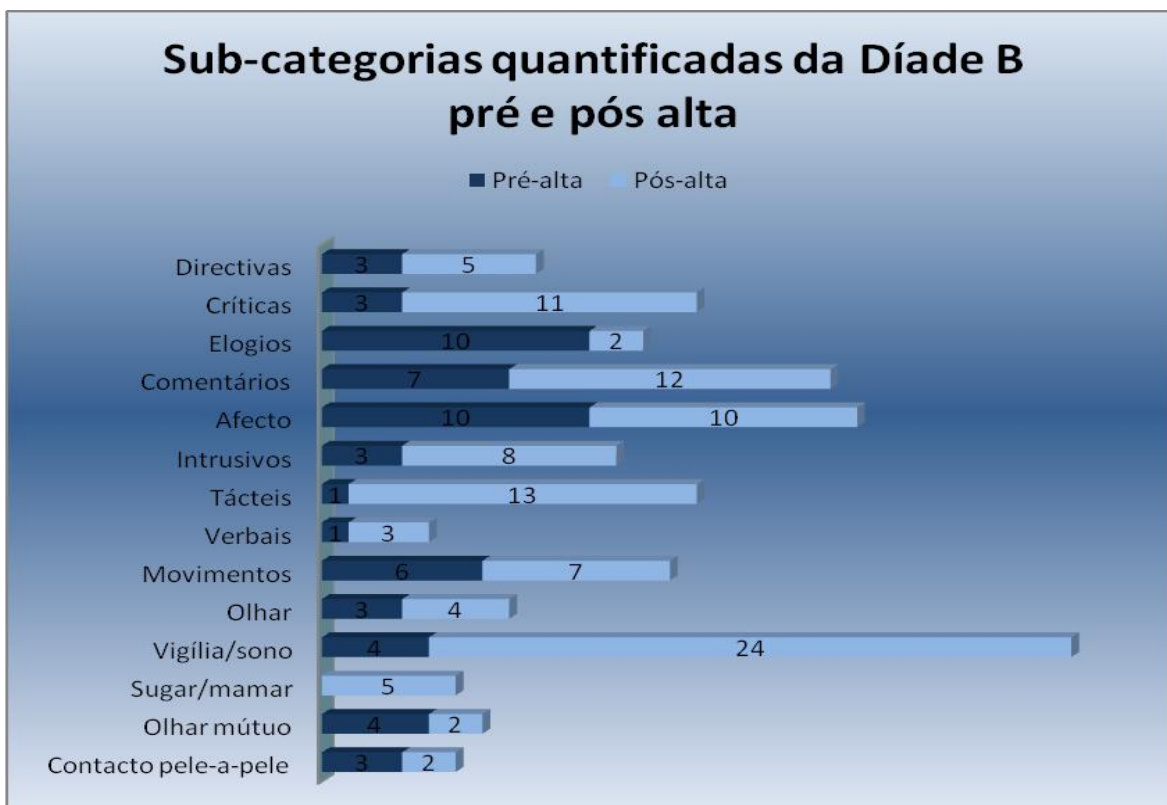


Gráfico 2

Perante a análise do gráfico 2, verificamos um aumento de intervenções directivas, críticas e comentários em situação pós-alta, comprovando assim que esta mãe decide as necessidades do seu bebé, denotando deste modo, uma *rêverie* invasiva por parte da mãe, o que vai ao encontro dos estudos de Chavarel (2000), os quais afirmam que estas mães de prematuros tendem a não ter em conta as necessidades dos seus bebés. Quando este bebé não corresponde satisfatoriamente às intervenções que a sua mãe faz, mantendo os seus sinais de desconforto, a mãe critica-o, como é o caso de “... *cai-lhe a chucha e começa a chorar, ao que a mãe diz: que mau feitio que tens!*” (5ª observação), como se desta forma atenua-se a culpa de não lidar com ele adequadamente. Os comentários que faz a Pedro em situação pós-alta, sugerem coincidir com esta questão da culpabilidade, pois são referentes a preocupações com o bebé, como é o caso de “*Ele agora tem muitas cólicas e bolsa muito...*” (4ª observação), ou inferindo as suas necessidades, de uma forma directiva, como “*O quê que tu queres filho? Está cheio de sono?*” (5ª observação).

Paralelamente denota-se uma falta de disponibilidade psíquica para este bebé, por parte desta mãe, em pensá-lo “...*para o mês que vem já vais para a tua avó, ela que te ature!*” (5ª observação).

Observando o *gráfico 2*, verifica-se que o comportamento interaccional da díade diminui, o que pode sugerir, e reforçando os dados anteriormente analisados, que esta mãe, não tem disponibilidade psíquica para este bebé, quebrando por vezes os seus esboços de procura de contacto, em situações como “...*olhando atentamente em seu redor, Joana diz: Tens que dormir!*” (3^a observação), ou “...*agarrou com as suas mãos o dedo da mãe e Joana diz-lhe: Pois é isto que tu queres, não é? Boa vida!*” (5^a observação). Verifica-se assim uma diminuição do contacto pele-a-pele, o que vai ao encontro dos estudos de Campos (2000), os quais sugerem que estas mães possam ter medo de lhes tocar ou pegar, e tendem a tocar menos nos seus filhos (Klein & Linhares, 2006).

Na situação de *Entrevista R*, este bebé é descrito como bonito, pequenino, meigo, perfeito e com muito cabelo, não sendo a mãe capaz de mais nada dizer a seu respeito. Considera-o difícil, o que corrobora os estudos de Pimentel (1997), os quais revelam que estes bebés são difíceis de lidar, pelos sinais que emitem, que ao serem pouco claros e distorcidos, não facilitando deste modo, o processo interaccional. Os episódios da vida da criança, remontam à maternidade, criticando-o como muito chorão, e considerando os acontecimentos importantes da sua vida, os que se relacionam com características fisiológicas, como o aumento de peso e comprimento. Enquanto mãe, considera-se muito activa, extrovertida e meiga, estando num registo que oscila entre o ser autoritária e condescendente, o que vai ao encontro do que foi referido na análise de conteúdo, pois tem um elevado número de comportamentos intrusivos, directivas e críticas dirigidas a este bebé. Considera o seu papel de mãe como sendo difícil, referindo ter tido uma pequena depressão após Pedro nascer, o que pode influenciar a sua pouca disponibilidade psíquica para este, aliada a uma cansaço psicológico de que se queixa.

O pai nunca foi referido como pai, mas sim como marido, considerando o seu papel fácil. Isto pode sugerir que esta mãe queira manter-se num registo fusional com Pedro, o que não é sintónico com o desejo de querer se separar dele, pois introduz o 3º elemento desde muito cedo.

3. DÍADE C

O seguinte gráfico apresenta as sub-categorias quantificadas para a díade C nos momentos pré e pós-alta hospitalar do respectivo bebé (Gráfico 3).

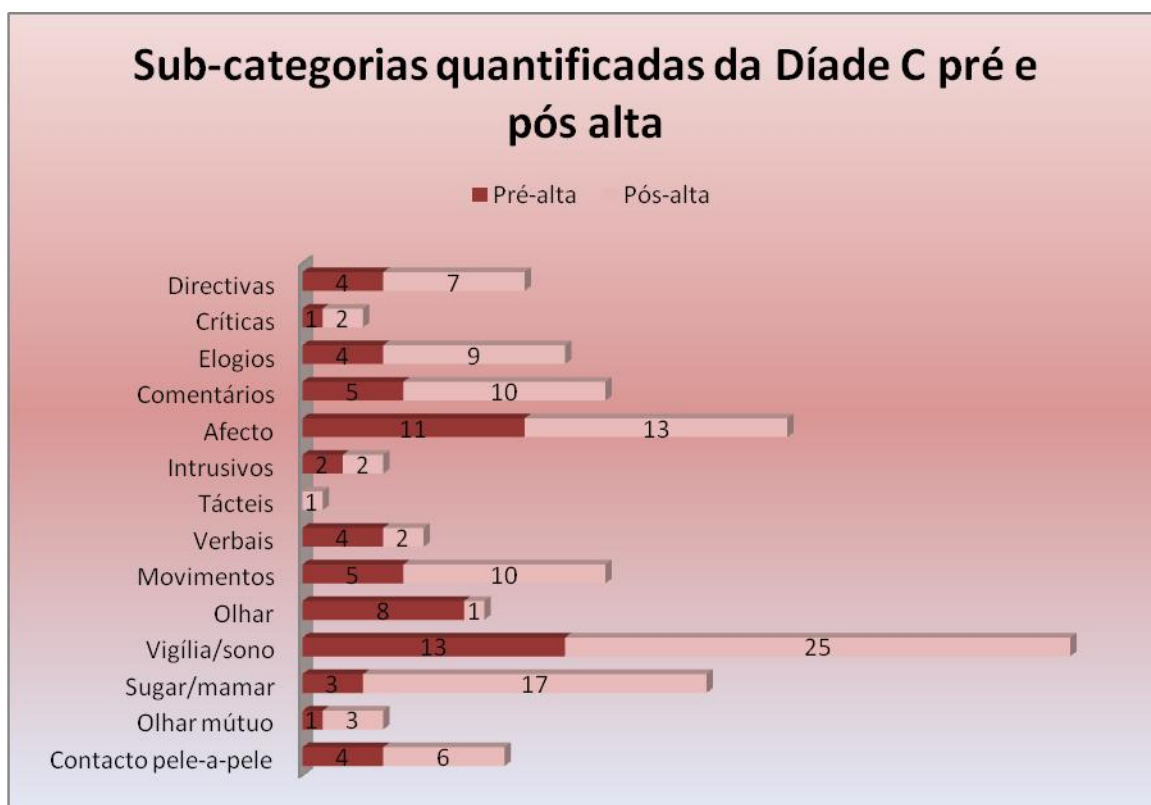


Gráfico 3

Pela leitura do *gráfico 3*, verifica-se um aumento das intervenções directivas pós-alta, as quais são sempre acompanhadas de uma expressão de afecto desta mãe, bem como estão relacionadas com aspectos funcionais da mesma, como, “*Temos de arrotar pequerrucha!*” (5ª observação), e “*Vamos mudar a fraldinha*” (5ª observação). Paralelamente, também se verifica um aumento de críticas dirigidas a este bebé, as quais sugerem estar relacionadas com alguma dificuldade da mãe em lidar com a alimentação de Carlota, o que é típico nas situações de prematuridade, segundo Brito (1999). No entanto, os elogios aumentam em situação pós-alta, bem como os comentários, estando sempre nuanciados com afecto, e em que por vezes se estabelecem diálogos imaginários “*Tinhas fominha, não era linda?*” (3ª observação) e “*Muito sonhas tu com os anjos, não é filhinha?*” (5ª observação), revelando assim, uma capacidade de *rêverie* desta mãe.

De uma maneira geral, há um aumento da fala dirigida a este bebé em situação pós-alta, o que não vai ao encontro dos estudos Chavarel (2000), os quais afirmam que as mães de bebés prematuros tendem a falar menos com eles.

No *gráfico 3*, podemos observar igualmente que o afecto desta mãe dirigido ao seu bebé está sempre presente, em situações pré e pós alta, verificando-se apenas um pequeno acréscimo do mesmo, podendo indicar esta relação mais harmoniosa, visto estar coordenado com os episódios de interacção. Do ponto de vista de intrusividade, este tipo de comportamentos mantém-se, o que não corrobora o estudo de Chavarel (2000), que conclui que estas mães de prematuros tendem a dar menos atenção às suas necessidades.

Ao nível interaccional, observa-se uma interacção na díade crescente, pois verifica-se um aumento em situação pós-alta, quer do contacto pele-a-pele, quer do olhar mútuo na díade, o que não vai ao encontro do estudo de Campos (2000), de que estes pais tendem a ter medo de tocar ou pegar nos seus filhos prematuros, e de acordo com o estudo de Klein & Linhares (2006), de que as mães de bebés prematuros tendem a tocar menos os seus filhos.

Este bebé esboça assim tentativas de interagir com a sua mãe, o que se denota ser crescente e recíproco, havendo uma disponibilidade psíquica desta mãe, e um entendimento na díade, existindo sempre um pano de fundo de afecto. Estes dados vão ao encontro do estudo de Pereira (1998), o qual conclui que os primeiros contactos mãe- bebé, devido à sua situação de prematuridade, tendem a ser reduzidos, tendendo este quadro a desaparecer ao longo das semanas.

Esta mãe, na situação de *Entrevista R*, descreve a sua bebé como bonita, perfeita, meiga, não sendo capaz de nada mais dizer a seu respeito. Isto parece denotar esta bebé como ainda uma extensão da sua mãe, pois caso contrário, estaria a anunciar uma separação com esta, o que é reforçado com a expressão “*Não sei o que mais dizer. Ela ainda é pequenina*” (*Entrevista R*). Afirma que este bebé nem sempre é fácil, e que é muito dorminhoca, tendo algumas dúvidas nas suas capacidades enquanto mãe “*Às vezes nem sei se deva acordá-la para comer*” (*Entrevista R*). Como mãe descreve-se afectuosa, preocupada e atenta, revelando não ser muito confiante, o que confirma o que foi descrito na análise de conteúdo, considerando o seu papel de mãe difícil.

Os acontecimentos que recorda enquanto mãe, remontam à MAC, o que revela uma fixação ainda naqueles momentos, mantendo assim esta relação simbiótica.

4. DÍADE D

O seguinte gráfico apresenta as sub-categorias quantificadas para a díade D nos momentos pré e pós-alta hospitalar do respectivo bebé (Gráfico 4).

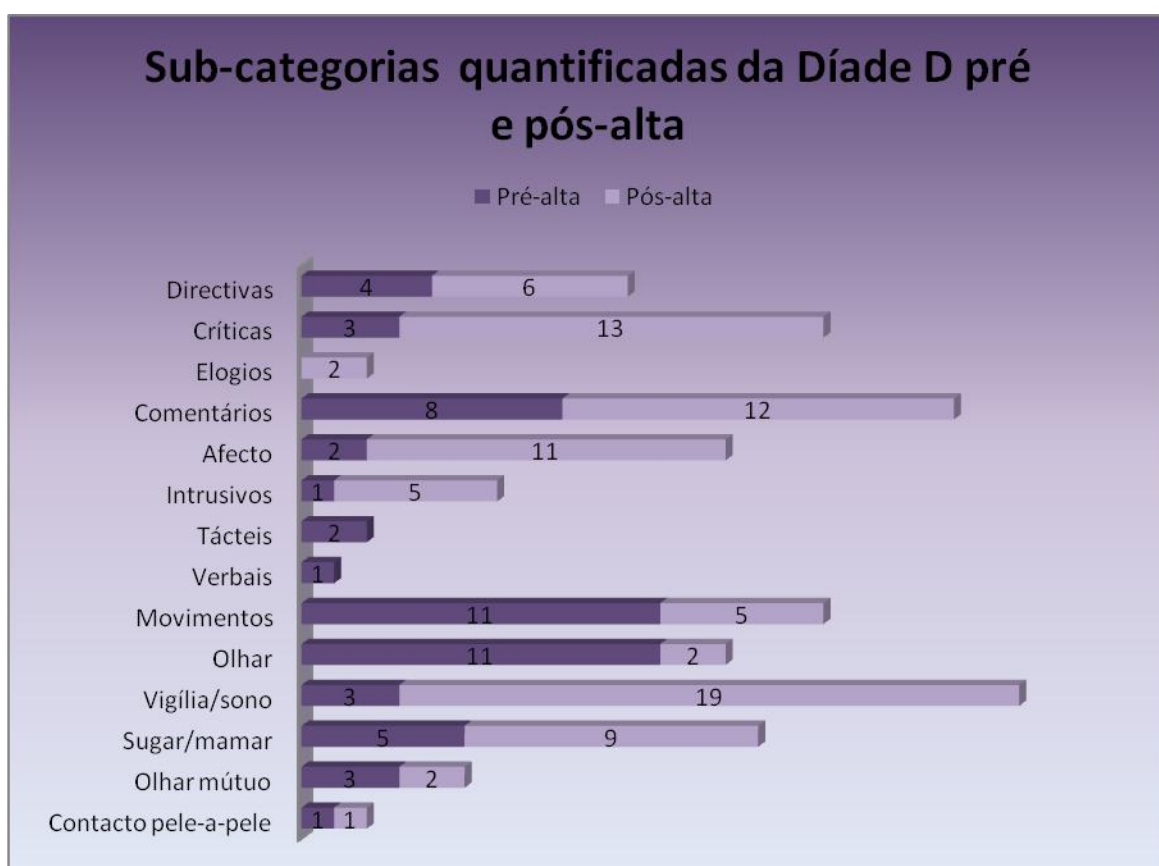


Gráfico 4

Pela leitura geral do *gráfico 4*, verifica-se um aumento das intervenções verbais desta mãe, dirigida a este bebé em situação pós-alta, o que não corrobora os estudos de Chavarel (2000), o qual diz que as mães de prematuros têm tendência a falar menos com eles.

O aumento de comentários pós-alta, denotam nesta mãe uma capacidade de *rêverie*, como é exemplo de um diálogo imaginário “*Ouvis-te bem? Sim, ouvi.*” (5ª observação). No entanto,

ao serem relacionados com as directivas e críticas da mãe face ao bebé, ressoa a ideia de que esta capacidade se torna invasiva.

As críticas dirigidas por parte da mãe a Sofia, prendem-se com dificuldades desta em se alimentar, as quais, segundo Brito (1999), são próprias nas situações de prematuridade, podendo surgir como forma de atenuar uma culpabilidade desta mãe, em não lidar adequadamente com o seu bebé, do ponto de vista funcional.

Os elogios no *gráfico 4* também aumentam em situação pós-alta, sendo apenas dois, e um surgir na sequência de uma directiva “*Quero ouvir um arrotinho, princesa!*” (3ª observação), e outro, num momento em que a mãe olha a sua bebé, mas esta dorme “*Olha para a sua bebé...Mas ela está tão linda!...Sofia continuava a dormir*” (3ª observação). Ao serem relacionados estes dados com o afecto dirigido a Sofia, pode verificar-se que estes não estão coordenados com os episódios de interacção, pois oscilam com a crítica, como é o exemplo de “*Então minha querida, já te cansas-te? Pois, também é difícil lidar contigo!*” (4ª observação), ou “*...esfrega a mão da bebé e diz: tens que comer pequenita, senão a mãe zanga-se contigo!*” (5ª observação).

O aumento de comportamentos intrusivos da mãe dirigidos ao seu bebé, vão ao encontro dos estudos de Chavarel (2000), os quais afirmam haver uma tendência destas em darem menos atenção às necessidades dos seus bebés prematuros.

Estes dados podem sugerir uma falta de sincronia na díade entre o afecto, e os momentos de interacção.

Isto é reforçado ao ser perceptível pelo *gráfico 4*, uma diminuição de interacção mãe- bebé, o que não corrobora o estudo de Chavarel (2000), que refere que as interacções mãe- bebé prematuro tendem a aumentar ao longo do tempo. É notória a predisposição que esta bebé tem para contactar com a sua mãe, não corroborando os estudos de Botelho & Leal (2001), que dizem que estes bebés apresentam uma reduzida capacidade para estabelecer contacto. Isto verifica-se pelo toque e olhar do bebé, no entanto, este olhar e comportamentos de interacção diminuem na pós-alta, podendo revelar não existir uma sincronia materna, pois estes episódios não estão coordenados com o afecto que esta mãe dispõe à bebé

Na situação de *Entrevista R*, esta mãe descreve a sua bebé em 3 palavras: fofinha, dorminhoca e difícil. Esta dificuldade na sua descrição, pode ser devida ao facto de querer manter ainda uma relação exclusiva com a mesma, mantendo assim, como a análise de conteúdo sugere,

uma simbiose mãe/ bebê. Descreve a sua criança entre agressiva e pacífica, o que confirma que esta mãe não é capaz de interpretar os seus sinais, não revelando existir uma *rêverie*. A única descrição episódica que faz deste bebê refere-se à MAC, confirmando esta simbiose que transparece ainda, com a expressão referente ao único acontecimento importante do passado da criança “*Tudo o que passou para nascer. Sofremos muito*” (Entrevista R), o que considera ter muita influência. Considera-se enquanto mãe como afectuosa, atenta e pouco confiante, o que reforça o que foi verificado na análise de conteúdo realizada, que devido a esta falta de confiança, culpabiliza a criança “*Tento dar-lhe o leite, mas às vezes é difícil, ela não quer*” (Entrevista R). Também se considera relativamente autoritária, considerando o seu papel de mãe como difícil.

Quebra a descrição de pai, enquanto pai, mas sim enquanto marido “*É um bom marido*” (Entrevista R). Assim, não o introduz na relação, mantendo esta relação mãe-filho como exclusiva.

5. ANÁLISE GERAL DAS QUATRO DÍADES

O seguinte gráfico apresenta as categorias quantificadas para as quatro díades nos momentos pré e pós-alta hospitalar dos respectivos bebés (Gráfico 5).

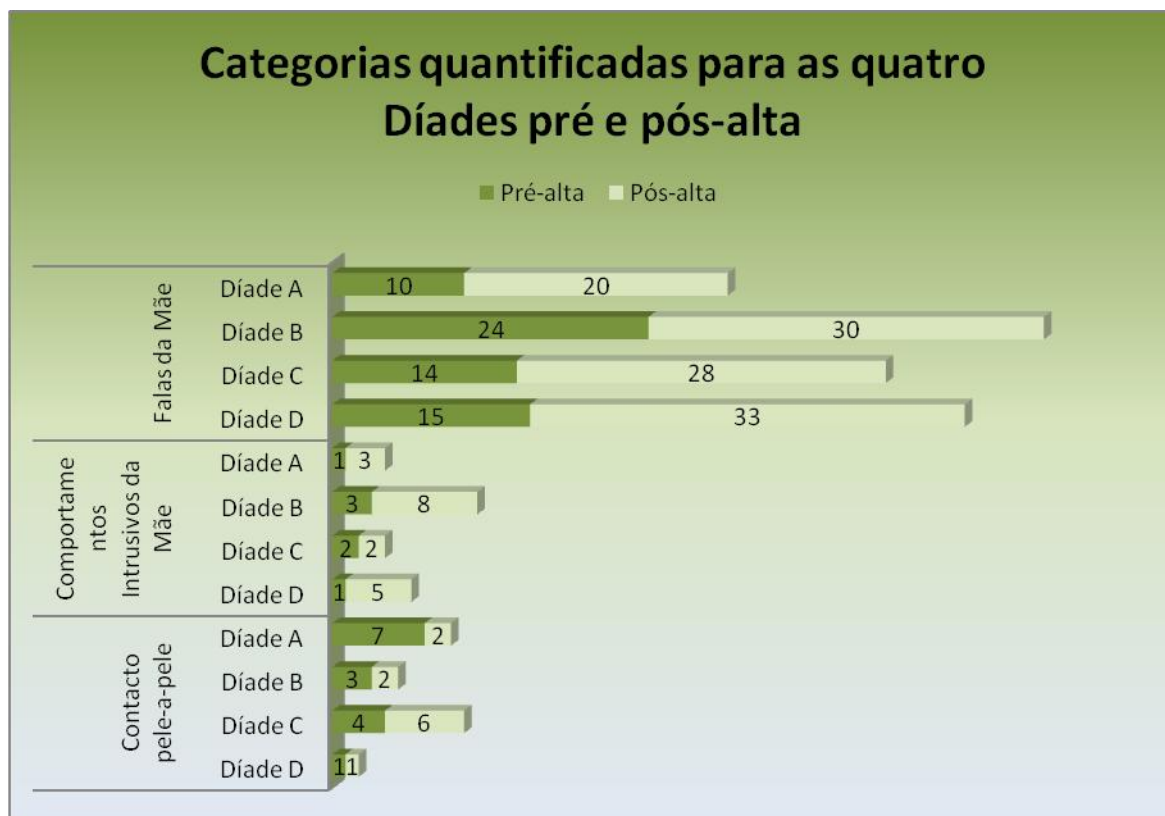


Gráfico 5

Pela análise geral das 4 díades, no *gráfico 5*, verifica-se uma diminuição do contacto pele-a-pele em duas destas, mantendo-se noutra, e aumentando na díade C. Esta diminuição pós-alta, vai ao encontro dos estudos de Campos (2000), os quais afirmam que nas situações de prematuridade, estes pais possam ter medo de tocar ou pegar nos seus bebés. Na díade D, este contacto mantém-se nos dois momentos de análise (pré e pós-alta), embora este contacto seja escasso, e se refira a uma observação de um banho, em que este é desvalorizado enquanto momento de prazer para a bebé “*Ai que chatice!*” (*1ª observação da díade D*). Excepcionalmente, este contacto aumenta, respondendo a mãe às tentativas de interacção do bebé e assim estimulando-o.

Apesar disto, é notório em todas as díades, esboços de tentativas destes bebés em interagir, o que vai corroborar o que nos diz Figueiredo (2001), de que estes bebés prematuros, são capazes de promover os comportamentos dos seus pais, e não, de que têm uma reduzida capacidade de estabelecer o contacto (Botelho & Leal, 2001). Das quatro díades estudadas nas suas díades, isto não se constata, pois estes têm comportamentos de olhar dirigidos à mãe, e nalguns casos até utilizam o toque como forma de procura do seu contacto.

Relativamente às intervenções pela fala dirigidas ao bebé, estas aumentam em situação pós-alta, o que não vai ao encontro dos estudos de Chavarel (2000) que nos diz que as mães dos bebés prematuros têm tendência a falar menos com eles ao longo do tempo. Especificamente ao serem analisadas as sub-categorias, existe um aumento das directivas e críticas, que ao serem analisados de forma mais pormenorizada, podem estar relacionados com as dificuldades que estas mães têm em alimentar os seus bebés, o que corrobora o que nos diz Brito (1999), de que na prematuridade a alimentação é difícil, havendo nestes casos um oscilar entre a amamentação com estados de sonolência.

Este dado pode ser reforçado pela leitura e análise das *Entrevistas R*, nas quais as mães definem o seu papel como sendo difícil, e descreve, os seus bebés como dorminhocos, o que de acordo com Figueiredo (2001), a interacção fica comprometida, pela leitura dos pais do comportamento dos seus bebés prematuros. Deste modo, o processo de interacção é dificultado.

Relativamente aos comportamentos intrusivos destas quatro mães em situação pós-alta, verifica-se um aumento dos mesmos, o que nos permite inferir que estas dão pouca atenção às necessidades dos seus bebés, como nos diz Chavarel (2000). Estes dados permitem-nos colocar a possibilidade, destes comportamentos intrusivos serem decorrentes de uma culpabilidade destas mães, em não lidar adequadamente com os seus filhos, colocando as suas próprias competências enquanto mãe em causa, como nos diziam Barros e Brandão (2002).

Deste modo, por forma a atenuar a sua culpa, tornam-se directivas e críticas com estes bebés, sendo paralelamente intrusivas, o que se constata em todas as díades estudadas. Pode ser pensada então, uma falta de confiança destas mães nas suas capacidades funcionais, a qual nas *Entrevistas R*, está presente em todos os casos, como a mãe se descreve enquanto mãe, corroborando os estudos de Navajas e Caniato (2003), o qual conclui que estas mães tendem a ser menos confiantes após a alta dos bebés, pois sozinhas têm de cuidar deles. Apesar disso, na díade C, estes comportamentos mantêm-se, não sobressaindo estas questões de forma tão vinculada, mas denotando-se algumas nuances de uma culpabilidade em não lidar adequadamente com a bebé.

Pela leitura e análise das *Entrevistas R*, estas mães descrevem acontecimentos acerca dos seus bebés, sempre relativos a situações pré-alta, estando fixadas nesse momento, momentos os quais estavam rodeadas de profissionais, e desta forma não sentirem os seus níveis de confiança tão comprometidos.

Estes quatro bebés, apresentam ainda uma necessidade marcada em dormir, o que vai ao encontro do que nos dizem Botelho e Leal (2001), de que os bebés prematuros apresentam a maior parte do seu tempo num estado de sonolência, bem como aumentam o seu número de movimentos, o que pode sugerir um abandono de um registo hipoactivo, próprio da prematuridade, segundo Figueiredo (2001).

Em todos os casos, estas mães apresentam-se queixosas sobre um cansaço psicológico, o qual pode condicionar a sua disponibilidade psíquica para os seus filhos, comprometendo assim a interacção que com eles estabelecem. Isto pode promover assim, uma falta de sincronia materna, em que o afecto não se apresenta coordenado com os momentos de interacção, o que se verifica em três dos casos apresentados.

De uma maneira geral, Pereira (1998), revela que as mães de bebés prematuros, tendem a aumentar o seu contacto visual com estes ao longo do tempo, o que não se constatou em três das díades discutidas.

Para além do mais, em todos os casos se verificou ainda uma relação exclusiva com os seus bebés, havendo um registo ambivalente, o qual oscila com a sua separação, o que revela ainda uma simbiose mãe-bebé presente, estendendo-se assim uma gravidez *out útero*, visto que, dada a prematuridade, esta tenha sido amputada, como afirma Botelho (2003). Isto também se constata nas *Entrevistas R*, pela dificuldade destas mães em descrever os seus bebés, pois isso anunciaria uma separação com os mesmos.

Assim sendo, nas quatro díades estudadas constatou-se existirem mudanças nas interacções mãe-bebé entre os momentos pré e pós-alta, nomeadamente um aumento dos comportamentos de fala dirigidos a estes bebés, de comportamentos intrusivos, bem como uma diminuição do

contacto pele-a-pele entre mãe-bebé, e uma diminuição do seu sentimento de confiança destas mães enquanto mães.

VI. CONCLUSÕES

A existência de estudos reveladores de que existem mudanças nas interações mãe-bebé prematuro, não focalizando quais essas diferenças, levou à curiosidade de estudar esse problema.

Embora os resultados encontrados, estes não podem ser submetidos a uma generalização, pois este estudo refere-se a quatro casos de díades, bem como foi sujeito a uma metodologia qualitativa, de experiências subjectivas e individuais.

Pela análise de resultados e sua discussão, verificou-se que em todas as díades existe um aumento das intervenções verbais da mãe dirigidas ao seu bebé em situação pós-alta, confirmando-se assim as hipóteses estabelecidas, não corroborando os estudos de Chavarel (2000), os quais referem que estas mães de bebés prematuros têm tendência de falar menos com eles ao longo do tempo.

No entanto, e ainda a este nível, verifica-se que aumentam em todos os casos, o número de directivas e críticas dirigidas aos bebés. Este facto pode indicar a possibilidade de uma culpabilidade que estas mães sentem em não lidar adequadamente com os seus filhos, nomeadamente ao nível da alimentação, utilizando assim este tipo de intervenções, como forma de atenuar a sua culpa.

Paralelamente, os comportamentos intrusivos em situação pós-alta aumentam, confirmando-se deste modo, outra das hipóteses colocadas. Estes comportamentos podem ter a justificação do seu aumento pelo facto de, as mães dos bebés prematuros lhes atribuem menos competências, e dessa forma não darem uma atenção merecida às suas necessidades, como nos dizia Chavarel (2000), o que pode promover por parte destas mães, uma intrusividade dos seus comportamentos dirigidos ao bebé.

Estes dados ressoam a uma falta de confiança destas mães, nas suas capacidades funcionais, que em situação pré-alta, não se revelava de forma tão explícita, provavelmente pelo pessoal técnico que as rodeava, o que poderia funcionar como um efeito tranquilizante, mesmo sem ter de solicitar o seu auxílio. Deste modo, podemos concluir que estas mães têm tendência a sentir-se menos confiantes após a alta dos seus bebés.

Esta diminuição de confiança é reforçada nas situações de Entrevista R, quando estas mães se descrevem como pouco confiantes, e considerando o seu novo papel enquanto mães, como sendo difícil.

Ao nível do contacto pele-a-pele, apenas se verifica em um dos casos o seu aumento, mantendo-se noutro, e diminuindo nos outros dois, confirmando estes últimos os estudos de Campos (2000), de que os pais em situação de filhos prematuros, possam ter medo de lhes tocar ou pegar, tendendo a tocar menos nos seus filhos, como nos dizem Klein e Linhares (2006). Assim sendo, não se confirma a hipótese de que o contacto pele-a-pele aumenta em situação pós-alta.

Pormenorizadamente, podemos concluir que um nascimento prematuro, ou seja antecipado, leva a que uma mãe sofra uma perda súbita do bebé idealizado, não havendo espaço para esta realizar o luto deste bebé, ficando dessa forma adiado. O seu bebé permanece numa incubadora, ficando assim esta relação comprometida, na medida em que, o contacto mãe-bebé se torna empobrecido pelo distanciamento de um vidro, uma barreira, a qual pode ser uma barreira para a vida.

As preocupações assentam na sobrevivência do seu filho, e não na forma como se relacionar, o que faz com que após a alta, as interacções mãe-bebé se alterem por vários motivos observados neste estudo.

A relação das questões deste estudo inicialmente colocadas, leva-nos a colocar a hipótese de que estas mães após a alta dos bebés ficam sem o apoio dos profissionais, diminuindo assim a sua confiança nas suas capacidades funcionais, promovendo assim um aumento dos seus comportamentos intrusivos e das suas intervenções verbais, nomeadamente críticas e directivas, como forma de camuflar uma culpabilidade de não lidar adequadamente com os

seus bebés, inferindo deste modo as suas necessidades, e criticando os seus filhos quando estas não são satisfeitas.

A prematuridade pode ser pensada então não como uma factor de risco para a interacção, mas com possibilidades de intervenção eficazes em alguns pontos-chave, pontos estes que poderão promover interacções mãe-bebé prematuro harmoniosas, o que consequentemente se tornará salutar para o desenvolvimento destes bebés. De acordo com este estudo, deve ser contemplada numa intervenção junto de mães de bebés prematuros, um processo de luto do bebé idealizado, para dessa forma haver uma disponibilidade psíquica total para este bebé.

Deverá ser igualmente trabalhada esta relação no contacto mãe-bebé mesmo na incubadora, ajudando estas mães a não serem invadidas por pensamentos e angústias de morte do seu filho, explorando assim as competências dos seus filhos, que mesmo prematuros têm competências e apresentam esboços de tentativas de contacto, tal como nos diz Figueiredo (2001).

Deste modo, e a título de conclusão, é possível constatar com o presente estudo que nestas quatro díades existem de facto mudanças nas interacções mãe-bebé prematuro entre a hospitalização destes bebés na Unidade de Cuidados Intermédios, e após a sua alta hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, L. (2001). O bebé nascido em situação de risco. In Canavarro, M. (Eds). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.235-254). Coimbra: Quarteto.

Barros, L., & Brandão, A. (2002). Preocupações, dificuldades e perturbação emocional em pais de bebés hospitalizados numa Unidade de neonatologia. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, vol.7 (2), 261-272.

Bowlby, J. (2002). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes

Borsa, J., Feil, C., & Paniágua, R. (2007). *A relação mãe-bebé em casos de depressão pós-parto*. [On-line]. Available: www.psicologia.com.pt

Botelho, T. (2003). *Avaliação do perfil factorial da personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro*. Tese de doutoramento da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.

Botelho, T., & Leal, I. (2001). *Personalidade materna e prematuridade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência.

Braga, N., Morsch, D., & Zornig, S. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista latino americana de psicopatologia fundamental*. Vol. VII, 4, pp. 135-143.

Brito, L. (1999). *A prematuridade e o materno*. Tese de mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Brum, E., & Shermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência e Saúde Colectiva*, 9(2), 457-467.[On-line]. Available : <http://www.scielo.br/pdf/csc/u9n2/20399.pdf>

Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: uma discussão teórica do ponto de vista psicológico. *Análise Psicológica*, vol. XVIII, nº1, 15-35.

Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Caplan, G., Kaplan, D., & Mason, E. (2000). Four studies of crisis in parents of prematures. *Community Mental Health Journal*, vol.36, 1, 25-46.

Carroll, J., & Jonhson, E. (1990). *Décision research: a field guide*. Californi: Sage

Chavarel, M. (2000). Évolution de l'atitute des mères d'enfant à prématuré et mères d'enfant à terme en interaction avec leur bébé: une étude ethologique de la naissance à 6 mois. *La Psychiatrie de l'enfant*, XLIII, 175-206.

Field,T. (1980). Interactions of preterm and term infants with their lower and middle-class teenage and adult mothers. In Fiel, T. (1980). *High-risk infants and children*. New York: Academic Press

Figueiredo, B. (2001). *Mães e Bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Goldberg, S., & DiVitto, B. (1995). Parenting children born prematurely. In M.D. Bornstein (Eds.), *"Handbook of Parenting"* (vol. I, pp.209-230). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Goldson, E. (1996). Prematurity: discussion. *International Journal of Behavioral Development*, vol. 19 (3), 465-475.

Justo, M. (1997). Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4(VIII), 371-376.

Klaus, M., & Kennell, J. (1992). *Pais/ Bebê: a formação do apego*: Porto Alegre: Artes Médicas.

Klein, V., & Linhares, M. (2006). Prematuridade e interacção mãe- criança. Revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, v.11, nº2, p. 277-284.

Kreisler, L., & Soulé, M. (1995). L'enfant premature. *Diakytine, R., Lebovici, S., & Soulé, M. (Eds.). Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France.

Leal, I. (2001). Nota de abertura. *Análise Psicológica*, 4(VIII), 365-366.

Lourenço, L. (2005). *O bebé no divã*. Coimbra: Almedina.

Maldonado, T. (2002). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*, 16ªed. São Paulo: Saraiva

Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, v.1 nº XXI, p. 85-94.

Matos, R., Pires, A., & Vidigal (2001). Prematuridade e comportamento maternal. *Pires, A. (2001). Crianças (e Pais) em risco*. Lisboa: ISPA.

Mendes, E. (2008). Experiência com um grupo de mães num hospital considerando o vínculo materno. *Revista de psicologia Hospitalar e Saúde*, Ano 3, nº6, p. 20-23.

Navajas, A., & Caniato, F. (2003). Estimulação precoce/ essencial: a interacção família e bebé pré- termo (premature). *Cadernos de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, v.3, nº1, p.59-62.

Pereira, T. (1998). Mães e filhos prematuros. In Cardoso, R., e col. (Eds.). *A outra metade da medicina*. Lisboa: Climepsi.

Pereira, E., e col. (2003). A percepção materna do temperamento do bebé prematuro. *Psicologia, teoria, Investigação e Prática*, vol.8, nº2, 323-337.

Pimentel, J. (1997). *Um bebé diferente: da individualidade da interacção à especificidade da intervenção*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com deficiência.

Pinheiro, M. (2004). Interacção precoce na relação mãe-bebé numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sob a perspectiva psicanalítica: um relato de caso. *Revista de Psicanálise*, XVII, nº179, p.43-50.

Scortegnaga, S., et col. (2005). O processo interactivo mãe- bebé pré-termo. *Psicologia*, v.6, nº2, p. 108-114.

Teixeira, C., & Leal, I. (1995). Expectativas e atitudes de mães primíparas com filhos prematuros. *Análise Psicológica*, 13(1/2), 191-194.

ANEXOS

ANEXO 1

GUIÃO DA ENTREVISTA ANAMNÉSICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome

Data de nascimento

Local de nascimento

Local de residência

Profissão

Idade

Profissão do pai

Idade do pai

HISTÓRIAS PASSADA

História obstétrica da mãe

Gravidez

Concepção

Nasceu quanto tempo após o casamento?

A criança foi planeada?

É o primeiro filho?

Se não, posição na ordem das gestações:

Gestação

Enjoos?

Quais as sensações psicológicas sentidas durante a gravidez

Quando sentiu a criança mexer?

Como reagiu a esta sensação?

Como eram as condições emocionais da mãe e do pai?

Tranquilo?

Nervoso?

Irritado?

Apático?

Relacionamento entre o casal durante a gravidez

Unidos?

Distantes?

Porquê?

Parto

Local

Natural

Fórceps

Cesariana

Como foram as primeiras reacções da mãe?

Como foram as primeiras reacções do pai?

ANEXO 2

Entrevista “R” – FOLHA DE NOTAÇÃO

Processo nº _____ Data: _____

Código: _____ Notador: _____

1. Lista de descrição da Criança – espontânea

1.

2.

3.

4.

2. Lista da descrição da Criança – com ajuda

1.

2.

3.

4.

3. Traços Pessoais: Criança

A) Inactiva	I-----I-----I Activa
B) Calma	I-----I-----I Excitada
C) Agressiva	I-----I-----I Pacífica
D) Introversa	I-----I-----I Sociável
E) Empreendedora	I-----I-----I Inibida
F) Alegre	I-----I-----I Triste
G) Difícil	I-----I-----I Fácil
H) Bonita	I-----I-----I Feia
I) Não Inteligente	I-----I-----I Inteligente
J) Receptiva	I-----I-----I Pouco receptiva
K) Distante	I-----I-----I Calorosa
L) Independente	I-----I-----I Dependente
M) Medrosa	I-----I-----I Confiante
N) Viva	I-----I-----I Pouco viva
O) Despreocupada	I-----I-----I Preocupada
P) Afectuosa	I-----I-----I Pouco afectuosa
Q)	
R)	

4. Descrição Episódica VS Semântica da Criança:

Exemplos específicos para dois objectivos:

1.

2.

5. Lista dos acontecimentos importantes do passado da criança:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

6. Influência dos acontecimentos importantes:

- Acontecimento nº1

Nenhuma Influência I-----I-----I-----I Influência muito grande

- Acontecimento nº2

Nenhuma Influência I-----I-----I-----I Influência muito grande

- Acontecimento nº3

Nenhuma Influência I-----I-----I-----I Influência muito grande

- Acontecimento nº4

Nenhuma Influência I-----I-----I-----I Influência muito grande

- Acontecimento nº5

Nenhuma Influência I-----I-----I-----I Influência muito grande

- Acontecimento nº6

Nenhuma Influência I-----I-----I-----I Influência muito grande

7. Lista das descrições da própria como mãe – espontânea

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

8. Lista das descrições da própria como mãe – com ajuda

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

9. Traços Pessoais: a própria como mãe

- | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|
| A) Pouco afectuosa | I-----I-----I | Afectuosa |
| B) Tolerante | I-----I-----I | Intolerante |
| C) Medrosa | I-----I-----I | Confiante |
| D) Disponível | I-----I-----I | Ocupada |
| E) Mãe- galinha | I-----I-----I | Desprendida |
| F) Impaciente | I-----I-----I | Paciente |
| G) Autoritária | I-----I-----I | Condescendente |
| H) Sisuda | I-----I-----I | Brincalhona |
| I) Controladora | I-----I-----I | Permissiva |
| J) Pouco generosa | I-----I-----I | Generosa |
| K) Despreocupada | I-----I-----I | Preocupada |
| L) Satisfeita no | | Insatisfeita no |
| Seu papel de mãe | I-----I-----I | seu papel de mãe |
| M) Papel de mãe difícil | I-----I-----I | Fácil |
| N) | | |
| O) | | |

10. Descrição Episódica VS Semântica da Mãe

Exemplos específicos para dois objectivos

- 1.
- 2.

11. Lista das descrições do Pai da criança como Pai– espontâneo

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

12. Lista das descrições do Pai da criança como Pai – com ajuda

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

13. Traços Pessoais: o Pai da criança como Pai

A) Pouco afectuoso	I-----I-----I Afectuoso
B) Tolerante	I-----I-----I Intolerante
C) Medroso	I-----I-----I Confiante

D) Disponível	I-----I-----I Ocupado
E) Pai- galinha	I-----I-----I Desprendido
F) Impaciente	I-----I-----I Paciente
G) Autoritário	I-----I-----I Condescendente
H) Sisudo	I-----I-----I Brincalhão
I) Controladoro	I-----I-----I Permissivo
J) Pouco generoso	I-----I-----I Generoso
K) Despreocupada	I-----I-----I Preocupada
L) Satisfeito no	Insatisfeito no
Seu papel de Pai	I-----I-----I seu papel de Pai
M) Papel de Pai difícil	I-----I-----I Fácil
N)	
O)	
P)	

14. Descrição Episódica VS Semântica do Pai:

Exemplos específicos para dois objectivos

1.

2.

15. Lista das descrições da sua Mãe como Mãe - espontâneo

1.

2.

3.

4.

5.

16. Lista das descrições da sua Mãe como Mãe – com ajuda

1.

2.

3.

4.

5.

17. Traços Pessoais: a sua Mãe como Mãe

- | | | |
|-------------------------|---------------|---------------------|
| A) Pouca afectuosa | I-----I-----I | Afectuosa |
| B) Tolerante | I-----I-----I | Intolerante |
| C) Medrosa | I-----I-----I | Confiante |
| D) Disponível | I-----I-----I | Ocupada |
| E) Mãe- galinha | I-----I-----I | Desprendida |
| F) Impaciente | I-----I-----I | Paciente |
| G) Autoritária | I-----I-----I | Condescendente |
| H) Sisuda | I-----I-----I | Brincalhona |
| I) Controladora | I-----I-----I | Permissiva |
| J) Pouco generosa | I-----I-----I | Generosa |
| K) Despreocupada | I-----I-----I | Preocupada |
| L) Satisfeita no | | Insatisfeita no Seu |
| papel de Mãe | I-----I-----I | seu papel de Mãe |
| M) Papel de Mãe difícil | I-----I-----I | Fácil |
| N) | | |

18. Descrição episódica VS Semântica da sua mãe como Mãe:

Exemplos específicos para dois objectivos

1.

2.

19. Mudanças na relação com a sua Mãe:

Bastante menos contacto

A mesma coisa

Bastante mais contacto

I-----I-----I

Penso bastante menos

A mesma coisa

Penso bastante mais

na minha Mãe

I-----I-----I

na minha Mãe

Bastante mais distante

A mesma coisa

Bastante mais próxima

I-----I-----I

Bastante menos implicada
no seu papel de filha

A mesma coisa

Bastante mais implicada no
seu papel de filha

I-----I-----I

Compreensão pior

A mesma coisa

Compreensão melhor

I-----I-----I

Em conclusão

A mesma coisa

Bastante mais negativa

I-----I-----I

Bastante mais positiva

20. Semelhanças com a Família – espontâneo

Pessoas com que a criança se parece por que característica (s):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

21. Traços Pessoais: Você própria como Pessoa

- | | | |
|--------------------|---------------|-----------------|
| A) Inactiva | I-----I-----I | Activa |
| B) Calma | I-----I-----I | Excitada |
| C) Agressiva | I-----I-----I | Pacífica |
| D) Introversa | I-----I-----I | Sociável |
| E) Empreendedora | I-----I-----I | Inibida |
| F) Alegre | I-----I-----I | Triste |
| G) Difícil | I-----I-----I | Fácil |
| H) Bonita | I-----I-----I | Feia |
| I) Não Inteligente | I-----I-----I | Inteligente |
| J) Receptiva | I-----I-----I | Pouco receptiva |
| K) Distante | I-----I-----I | Calorosa |
| L) Independente | I-----I-----I | Dependente |
| M) Medrosa | I-----I-----I | Confiante |
| N) Viva | I-----I-----I | Pouco viva |
| O) Despreocupada | I-----I-----I | Preocupada |
| P) Afectuosa | I-----I-----I | Pouco afectuosa |
| Q) | | |
| R) | | |
| S) | | |

22. Traços Pessoais: o Pai da Criança como Pessoa

A) Inactivo	I-----I-----I	Activo
B) Calmo	I-----I-----I	Excitado
C) Agressivo	I-----I-----I	Pacífico
D) Introvertido	I-----I-----I	Sociável
E) Empreendedor	I-----I-----I	Inibido
F) Alegre	I-----I-----I	Triste
G) Difícil	I-----I-----I	Fácil
H) Bonito	I-----I-----I	Feio
I) Não Inteligente	I-----I-----I	Inteligente
J) Receptivo	I-----I-----I	Pouco receptivo
K) Distante	I-----I-----I	Caloroso
L) Independente	I-----I-----I	Dependente
M) Medroso	I-----I-----I	Confiante
N) Vivo	I-----I-----I	Pouco vivo
O) Despreocupado	I-----I-----I	Preocupado
P) Afectuoso	I-----I-----I	Pouco afectuoso
Q)		
R)		
S)		

ANEXO 3

Tabela de Análise de Conteúdo das Observações das Díades

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de Registo
Linguagem/Fala da Mãe	Directivas	Claras expressões imperativas dirigidas ao bebé
	Críticas	Verbalizações críticas e hostis dirigidas ao bebé
	Elogios	Comentários positivos explícitos sobre o desenvolvimento do bebé
	Comentários	Qualquer verbalização que não seja nem uma directiva, nem uma crítica
	Respostas contingentes às vocalizações do bebé	A mãe imita ou responde vocalmente a uma vocalização do bebé
Comportamentos tácteis da Mãe	Afecto	Carícias, festinhas, toque
	Intrusivos	A mãe altera o seu posicionamento, sem qualquer manifestação de desconforto por este
	Contacto com o material	A mãe mexe no material técnico que o bebé dispõe, como segurar em fios, posicioná-los, etc.
Outros comportamentos da Mãe	Olhar	Olhar da mãe em direcção ao bebé
	Sorriso	Sorrisos da mãe direccionados ao bebé.
	Alimentação	Comportamentos da mãe com o intuito de alimentar o bebé.
	Cuidar	Comportamentos funcionais da mãe relativos ao bebé
Respostas da Mãe ao desconforto do Bebé	Tácteis	Festas repetitivas, movimentos de embalar, etc.
	Verbais	Respostas verbais da mãe com o objectivo de confortar o bebé.

	Solicitação de auxílio	A mãe chama logo um enfermeiro perante o desconforto do bebé, não intervindo
Introdução do 3º Elemento	Pai	Referência ao pai, directamente dirigida ao bebé, ou presença do mesmo
	Observador	Alusão à observadora dirigida ao bebé
	Outros	Referência a outros elementos, dirigida ao bebé, ou a presença dos mesmos
Linguagem do Bebé	Vocalizações	Sons emitidos pelo bebé
	Choro	Choro e vocalizações de desconforto por parte do bebé
Comportamentos do Bebé	Sorriso	Sorrisos do bebé dirigidos à mãe, a um objecto, ou a qualquer outro elemento presente
	Movimentos	Movimentos livres do bebé
	Toque	Movimentos do bebé, que têm como objectivo tocar a mãe
	Olhar	Olhar do bebé dirigido à mãe ou a qualquer outro objecto
	Vigília /Sono	Comportamentos que identificam o estado de consciência do bebé
	Sugar/Mamar	Movimentos do bebé que têm por objectivo a amamentação: mamar, chuchar, sugar, etc.
Comportamentos de Interação Mãe-Bebé	Olhar mútuo	Mãe e bebé olham-se simultaneamente nos olhos
	Jogo/ brincadeira	A mãe chama a atenção e estimula o bebé sem usar objectos
	Contacto pele-a-pele	Contacto corporal, através da pele entre mãe e bebé

Comportamentos do Pai		Comportamentos comunicativos, tácteis ou outros, como olhar, sorriso e cuidar, efectuados pelo pai ao interagir com o bebé
Relação Mãe - Observador	Fala	Comentários da mãe dirigidos ao observador
	Comportamentos	Comportamentos da mãe dirigidos ao observador

ANEXO 4

ANEXO 4.1.

DÍADE A

Categorias	Sub-Categorias	1ªObs.	2ªObs.	3ªObs.	4ªObs.	5ªObs.	Totais
Linguagem/Fala da Mãe	Directivas	1	0	2	1	1	5
	Críticas	0	1	2	2	4	8
	Elogios	1	1	0	0	2	4
	Comentários	0	5	4	1	2	12
	Respostas contingentes às vocalizações do bebé	1	0	0	0	0	1
Comportamentos tácteis da Mãe	Afecto	4	3	6	4	7	24
	Intrusivos	1	0	2	0	1	4
	Contacto com o material	0	0	0	0	0	0
Outros comportamentos da Mãe	Olhar	0	0	1	2	3	6
	Sorriso	0	0	0	0	0	0
	Alimentação	0	0	4	0	5	9
	Cuidar	10	9	6	5	2	32
Respostas da Mãe ao desconforto do Bebê	Tácteis	1	1	0	1	0	3
	Verbais	0	1	1	1	3	6
	Solicitação de auxílio	0	1	0	0	0	1
Introdução do 3º Elemento	Pai	0	0	0	0	0	0
	Observador	0	0	0	0	1	1
	Outros	0	0	0	0	0	0

Linguagem do Bebê	Vocalizações	2	3	1	0	0	6
	Choro	3	4	0	1	2	6
Comportamentos do Bebê	Sorriso	0	0	0	0	0	0
	Movimentos	3	6	7	3	3	22
	Toque	0	0	1	0	0	1
	Olhar	3	5	1	0	0	9
	Vigília /Sono	2	4	7	8	9	30
	Sugar/Mamar	0	0	3	5	4	12
Comportamentos de Interação Mãe-Bebê	Olhar mútuo	2	0	0	1	1	4
	Jogo/ brincadeira	1	0	1	0	0	2
	Contacto pele-a-pele	2	5	2	0	0	9
Comportamentos do Pai		0	0	0	0	0	0
Relação Mãe - Observador	Fala	4	3	8	9	5	29
	Comportamentos	0	1	0	1	1	3
Totais		41	53	59	43	56	

ANEXO 4.2.

DÍADE B

Categorias	Sub-Categorias	1ªObs.	2ªObs.	3ªObs.	4ªObs.	5ªObs.	Totais
Linguagem/Fala da Mãe	Directivas	1	2	2	3	0	8
	Críticas	0	3	3	2	6	14
	Elogios	1	9	1	0	1	12
	Comentários	5	2	2	6	4	19
	Respostas contingentes às vocalizações do bebé	1	0	0	0	0	1
Comportamentos tácteis da Mãe	Afecto	4	6	1	2	7	20
	Intrusivos	1	2	3	3	2	11
	Contacto com o material	0	0	0	0	0	0
Outros comportamentos da Mãe	Olhar	0	0	2	0	0	2
	Sorriso	0	0	0	0	0	0
	Alimentação	0	1	5	0	0	6
	Cuidar	10	13	4	3	2	32
Respostas da Mãe ao desconforto do Bebê	Tácteis	1	0	0	8	5	14
	Verbais	0	1	0	3	0	4
	Solicitação de auxílio	0	1	0	0	0	1
Introdução do 3º Elemento	Pai	0	0	0	0	0	0
	Observador	1	3	1	1	2	8
	Outros	0	0	0	1	1	2

Linguagem do Bebê	Vocalizações	2	0	0	1	0	3
	Choro	3	1	1	7	8	20
Comportamentos do Bebê	Sorriso	0	0	0	0	0	0
	Movimentos	3	3	2	4	1	13
	Toque	0	0	0	0	0	0
	Olhar	3	0	1	3	0	7
	Vigília /Sono	2	2	12	5	7	28
	Sugar/Mamar	0	0	5	0	0	5
Comportamentos de Interação Mãe-Bebê	Olhar mútuo	2	2	0	0	2	6
	Jogo/ brincadeira	1	0	0	0	0	1
	Contacto pele-a-pele	2	1	1	0	1	5
Comportamentos do Pai		0	0	0	0	0	0
Relação Mãe - Observador	Fala	4	4	2	3	2	15
	Comportamentos	0	0	0	1	1	2
Totais		47	56	49	56	52	

ANEXO 4.3.

DÍADE C

Categorias	Sub-Categorias	1ªObs.	2ªObs.	3ªObs.	4ªObs.	5ªObs.	Totais
Linguagem/Fala da Mãe	Directivas	2	2	0	2	5	11
	Críticas	1	0	0	0	2	3
	Elogios	1	3	4	2	3	13
	Comentários	2	3	2	5	3	15
	Respostas contingentes às vocalizações do bebé	0	0	0	0	0	0
Comportamentos tácteis da Mãe	Afecto	6	5	4	7	2	24
	Intrusivos	0	2	0	0	2	4
	Contacto com o material	0	0	0	0	0	0
Outros comportamentos da Mãe	Olhar	0	0	0	0	0	0
	Sorriso	0	0	0	0	0	0
	Alimentação	4	5	5	4	6	24
	Cuidar	13	11	4	5	7	40
Respostas da Mãe ao desconforto do Bebê	Tácteis	0	1	0	0	0	1
	Verbais	2	2	2	0	0	6
	Solicitação de auxílio	2	0	0	0	0	2
Introdução do 3º Elemento	Pai	0	0	0	0	1	1
	Observador	0	0	0	0	0	0
	Outros	0	0	0	0	0	0

Linguagem do Bebê	Vocalizações	0	1	0	0	0	1
	Choro	2	3	1	0	0	6
Comportamentos do Bebê	Sorriso	0	0	0	0	0	0
	Movimentos	2	3	2	4	4	15
	Toque	0	1	1	0	1	3
	Olhar	6	2	0	0	1	9
	Vigília /Sono	5	8	11	7	7	38
	Sugar/Mamar	1	2	6	4	7	20
Comportamentos de Interação Mãe-Bebê	Olhar mútuo	0	1	2	0	1	4
	Jogo/ brincadeira	0	0	0	0	0	0
	Contacto pele-a-pele	2	2	2	1	3	10
Comportamentos do Pai		0	0	0	0	0	0
Relação Mãe - Observador	Fala	1	1	1	1	1	5
	Comportamentos	0	0	0	0	0	0
Totais		52	56	47	42	54	

ANEXO 4.4.

DÍADE D

Categorias	Sub-Categorias	1ªObs.	2ªObs.	3ªObs.	4ªObs.	5ªObs.	Totais
Linguagem/Fala da Mãe	Directivas	3	1	2	1	3	10
	Críticas	2	1	1	8	4	16
	Elogios	0	0	2	0	0	2
	Comentários	5	3	4	4	4	20
	Respostas contingentes às vocalizações do bebé	0	0	0	1	0	1
Comportamentos tácteis da Mãe	Afecto	2	0	6	2	3	13
	Intrusivos	1	0	1	1	3	6
	Contacto com o material	0	0	0	0	0	0
Outros comportamentos da Mãe	Olhar	2	0	1	0	0	3
	Sorriso	0	1	0	0	1	2
	Alimentação	1	2	5	3	3	14
	Cuidar	10	11	2	5	3	31
Respostas da Mãe ao desconforto do Bebê	Tácteis	2	0	0	0	0	2
	Verbais	1	0	0	0	0	1
	Solicitação de auxílio	4	1	0	0	0	5
Introdução do 3º Elemento	Pai	0	1	1	0	0	2
	Observador	0	0	0	0	0	0
	Outros	0	0	0	0	0	0

Linguagem do Bebê	Vocalizações	0	0	0	1	0	1
	Choro	0	1	0	0	0	1
Comportamentos do Bebê	Sorriso	0	0	0	0	0	0
	Movimentos	7	4	0	2	3	16
	Toque	0	0	0	0	1	1
	Olhar	2	9	0	1	1	13
	Vigília /Sono	1	2	6	7	6	22
	Sugar/Mamar	2	3	4	4	5	18
Comportamentos de Interação Mãe-Bebê	Olhar mútuo	0	3	1	0	1	5
	Jogo/ brincadeira	0	0	0	0	0	0
	Contacto pele-a-pele	1	0	0	0	1	2
Comportamentos do Pai		0	5	0	0	0	5
Relação Mãe - Observador	Fala	3	1	6	1	1	12
	Comportamentos	0	0	0	0	0	0
Totais		49	49	44	41	45	

